Relevé des maladies transmissibles au Canada

RMTC

Décembre 2010 • Volume 36 • DCC-15

ISSN 1188-4169

Comité de consultation sur la médecine tropicale et de la médecine des voyages

Déclaration concernant l'adoption internationale

Préambule

Le Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV) fournit à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), de façon continue et en temps utile, des conseils de nature médicale, scientifique et de santé publique concernant les maladies tropicales infectieuses et les risques pour la santé associés aux voyages à l'étranger. L'ASPC reconnaît que les conseils et les recommandations figurant dans cette déclaration reposent sur la pratique médicale et les connaissances scientifiques les plus à jour, et les diffuse dans le but d'informer les voyageurs ainsi que les professionnels de la santé qui sont appelés à leur prodiguer des soins.

Les personnes qui administrent ou utilisent des médicaments, des vaccins ou d'autres produits devraient bien connaître le contenu des monographies de produit ou des autres normes ou modes d'emploi approuvés. Les recommandations relatives à l'usage des produits et les autres renseignements présentés ici peuvent différer de ceux qui figurent dans la monographie ou toute autre norme ou instruction approuvée et pertinente établie par les fabricants autorisés. Rappelons que l'approbation demandée par les fabricants pour leurs produits, avec démonstration de leur innocuité et de leur efficacité à l'appui, ne s'applique qu'aux utilisations conformes à la monographie ou autre norme ou mode d'emploi approuvé.

Introduction

La médecine de l'adoption internationale est un nouveau domaine qui ne cesse d'évoluer à cause des différents pays d'origine des enfants adoptés au Canada et des circonstances entourant leur adoption. Même si le présent document est fondé sur les preuves dans la mesure du possible, la plupart des publications ne s'appliquent pas aux situations actuelles, étant donné la nature dynamique de la médecine de l'adoption internationale. À l'exception du Bucharest Early Intervention Project (projet d'intervention précoce de Bucarest) (1), l'ensemble de la documentation publiée connue sur l'adoption internationale repose sur des études descriptives ou des opinions d'experts (p. ex. catégories B/C, classe III). Pour plus d'information, le lecteur est invité à consulter les dernières publications antérieures concernant l'adoption internationale (2-4) et les maladies infectieuses liées à ce phénomène (5;6).

Au cours des dix dernières années, les Canadiens ont adopté plus de 20 000 enfants originaires d'autres pays (7). Ces enfants constituent une catégorie spéciale de [illegible]eurs et peuvent présenter des problèmes de santé particuliers liés à diverses conditions et circonstances : retards de croissance et de développement, troubles de l'attachement, placement à long terme en établissement, exposition prénatale ou postnatale à des toxines ou à des

Membres : Dr. P.J. Plourde (président); Dr. C. Beallor; Dr. A. Boggild; Dr. J. Brophy; Dr. M. Crockett; Dr. W. Ghesquiere; A. Henteleff; Dr. A. McCarthy; Dr. K. L. McClean / **Représentants d'office :** Dr. G. Brunette, Dr. J. Creaghan, Dr. P. Chadebois; Dr. M. Tepper; Dr. P. McDonald; Dr. J. Given, Dr. J.P. Legault / **Représentants de liaison :** Dr. C. Greenaway; Dr. A. Pozgay; Dr. C. Hui; Dr. P. Teitelbaum **Member émérité :** Dr. C. W.L. Jeanes / **Consultant:** Dr. S. Schofield / La Présente déclaration a été préparée par Dr. C. Hui, Dr. S. Kuhn, Dr. H. MacDonnell et approuvé par le CCMTMV

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

drogues, immunité variable contre les maladies évitables par la vaccination ou encore exposition à des maladies infectieuses. De plus, dans le processus d'adoption internationale, le praticien peut devoir formuler une opinion sur des situations particulières concernant lesquelles il possède peu d'expérience ou de connaissances.

Contexte

Le nombre d'adoptions internationales est demeuré stable depuis les dix dernières années, se situant autour de 2 000 par année (8). En 2008, environ le quart des enfants adoptés à l'étranger par des Canadiens étaient originaires de la Chine, ce qui représente une diminution par rapport au taux supérieur à 50 % enregistré en 2003 (8). Au nombre des pays d'origine les plus importants (exception faite des États-Unis) figuraient ensuite l'Éthiopie, Haïti, les Philippines, la Corée du Sud, le Vietnam et la Russie, la répartition des adoptions ayant toutefois été variable d'une province à l'autre (8). Toujours en 2008, le ratio filles/garçons chez les enfants adoptés était de 1,4:1 (8), et 70 % des enfants adoptés avaient moins de quatre ans. La majorité des enfants adoptés vivent au Québec, en Ontario ou en Colombie-Britannique, dont presque 75 % en zone urbaine. La Chine a longtemps été le premier pays d'origine quant au nombre d'adoptions. De récents changements à sa politique d'adoption, conjugués à une demande mondiale accrue pour les adoptions internationales, ont toutefois ralenti le processus d'adoption de ce pays et déplacé la demande vers des pays nouvellement accessibles comme le Vietnam et l'Éthiopie.

La raison de l'adoption, du point de vue de la famille naturelle, peut être liée à la stigmatisation sociale associée au fait pour une mère d'élever seule un enfant, à une politique de « l'enfant unique », à la mauvaise santé de la mère (notamment l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]) ou à la situation économique des parents naturels. Les raisons pour lesquelles les parents canadiens choisissent l'adoption internationale sont tout aussi diversifiées.

Au Canada, l'adoption internationale est régie par les provinces, mais le gouvernement fédéral en assure la coordination et la supervision. Toutes les provinces et tous les territoires ont signé et mis en œuvre la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (9). Cette convention a pour but de protéger les intérêts de l'enfant, d'uniformiser le processus d'adoption d'un pays à l'autre, d'établir le statut de l'enfant dans le pays d'adoption et d'empêcher les abus du système (c.-à-d. la traite des enfants).

Même si le processus peut varier entre les provinces et territoires, une étude du milieu familial est cependant obligatoire pour chaque adoption internationale. L'objectif de cette étude du milieu familial consiste à évaluer la capacité du ou des parents potentiels d'élever un enfant adopté. Cette étude comporte quatre ou cinq séances avec un travailleur social titulaire d'un permis d'exercice. Ce dernier réunit les certificats médicaux des parents et procède à une vérification des références et des antécédents judiciaires. Ces données servent à la production d'un rapport écrit qui est ensuite soumis à la province ou au territoire. En outre, l'étude du milieu familial permet de sensibiliser les parents adoptifs potentiels aux problèmes entourant l'adoption internationale (différences culturelles, adaptation, problèmes de santé, etc.). La durée et le coût du processus complet d'adoption varient d'un pays à l'autre, mais il peut prendre de 12 à 36 mois, parfois plus, et coûter entre 20 000 $ et 30 000 $, voire plus. L'étape finale de l'adoption peut prendre jusqu'à deux ans après l'arrivée de l'enfant au Canada. Le projet de loi C-14, *Loi modifiant la Loi sur la citoyenneté (adoption)*, prévoit l'octroi de la citoyenneté aux enfants non canadiens adoptés à l'étranger par des parents canadiens sans exiger qu'ils passent par le statut de résidents permanents (10). De plus en plus de parents choisissent le processus de citoyenneté plutôt que le processus d'immigration. Ces processus comportent des différences subtiles, mais importantes. Du point de vue médical, la principale différence est que, contrairement au processus d'immigration, le processus de citoyenneté n'exige pas d'examen médical aux fins de l'immigration (EMI).

Pour de nombreux parents adoptifs, le processus d'adoption s'apparente à une virée éprouvante en montagnes russes, avec son lot de joies et de peines. C'est pour cette raison qu'il est hautement recommandé aux parents potentiels de s'associer à

une agence d'adoption internationale autorisée, de préférence une agence assez importante pour offrir de la formation et du soutien avant l'adoption, au cours du voyage et après l'adoption. Le recours à un médecin bien au fait des questions liées à l'adoption internationale est également essentiel, que ce soit avant l'adoption, pour offrir de l'information sur les problèmes de santé, décoder la terminologie médicale étrangère et fournir une évaluation des risques, ou après l'adoption, pour effectuer des évaluations médicales.

Détails médicaux concernant l'adoption

Consultation médicale avant l'adoption

La consultation avant l'adoption offre au praticien l'occasion d'effectuer une évaluation des risques en ce qui concerne l'enfant adoptif potentiel, ainsi que de s'assurer que les parents adoptifs et les membres de la famille élargie qui seront en contact avec l'enfant sont soumis à une évaluation médicale et bénéficient de conseils appropriés avant le voyage. De nombreuses séries de cas ont été publiées sur des maladies infectieuses potentiellement évitables transmises par des enfants adoptés à l'étranger à leur famille adoptive et à d'autres personnes, notamment la tuberculose (11), l'hépatite A (12;13), l'hépatite B (14), la coqueluche (15) et la rougeole (16).

La difficulté de l'évaluation médicale avant l'adoption réside dans l'incapacité de procéder à l'examen physique de l'enfant, l'absence de données normalisées, une terminologie médicale pouvant induire en erreur et le manque de connaissances sur les risques propres à un endroit donné. La quantité d'information dont disposent les parents potentiels dépend de la situation culturelle, politique et économique du pays. Par conséquent, le praticien pourrait obtenir quelques paramètres élémentaires de la croissance, une photo ou une courte vidéo et un bref dossier médical transmis par un médecin local, incluant peut-être quelques jalons du développement de l'enfant. Dans les dossiers d'adoption russes, par exemple, on retrouve souvent des termes médicaux pertinents, comme « encéphalopathie périnatale » (17), qui ne sont pas interprétés de la même façon en Amérique du Nord, où ce diagnostic est posé à partir des renseignements sur le travail et l'accouchement ainsi que des signes physiques et des résultats de laboratoire observés au cours de la période néonatale. La terminologie russe reflète une croyance selon laquelle la naissance est une agression neurologique dont l'enfant se remet et que les circonstances qui ont poussé la mère à donner son bébé en adoption placent celui-ci dans une situation de « risque élevé ». Les vidéos peuvent fournir des renseignements utiles, mais elles peuvent également être trompeuses puisqu'elles présentent très brièvement l'enfant dans des conditions sans doute artificielles ou même stressantes.

D'importants sujets de préoccupation devraient être abordés avec les familles adoptives, notamment : antécédents familiaux de maladie mentale ou de débilité mentale, exposition prénatale aux drogues ou à l'alcool (ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale), âge estimé de l'enfant, prématurité, traumatisme à la naissance, faible poids à la naissance, antécédents d'abus ou de négligence, hospitalisation/placement en établissement répété ou prolongé, malnutrition, rachitisme, anémie, infections récurrentes des voies respiratoires, parasites gastro-intestinaux, intoxication au plomb, hémoglobinopathies, vaccination incomplète, hépatite B, hépatite C, infection à VIH, tuberculose, syphilis, dysplasie congénitale de la hanche, retard du développement et anomalie du tonus musculaire (3). Les parents potentiels devraient être informés des risques pour chacun des problèmes détectés à la lumière des antécédents ou de l'examen physique, des risques inhérents au pays d'origine, des répercussions du placement en établissement et des limites de l'évaluation médicale fondée sur des renseignements peu fiables ou limités. Une étude comparant les renseignements préalables à l'adoption avec les évaluations médicales après l'adoption a révélé une corrélation de 20 % entre le diagnostic posé avant et après l'adoption; de plus, un nouveau diagnostic a été posé chez 30 % des enfants lors de l'évaluation après l'adoption. Par conséquent, il est important que l'interprétation de chaque diagnostic tienne compte du contexte culturel du pays dans lequel il a été posé. De plus, dans la mesure du possible, il faudrait comparer chaque diagnostic aux données disponibles afin d'en assurer l'exactitude (18).

Il n'y a pas de document décrivant de façon globale ce qu'il est advenu des enfants adoptés à l'étranger. Les études sur des affections précises comme les maladies infectieuses sont basées sur un petit nombre d'études de cas et elles peuvent comporter un biais (18-25). Par ailleurs, l'évolution de l'adoption internationale complique davantage la situation. Certaines études à long terme se sont concentrées sur la croissance et la santé mentale d'un groupe d'enfants roumains adoptés au début des années 1990 (20;26). Les enfants de ce groupe ont été adoptés à un âge avancé, avaient beaucoup de problèmes de santé, avaient souffert de malnutrition grave, et une forte population d'entre eux étaient atteints de maladies infectieuses. Il est impossible de généraliser les résultats de ces études, étant donné que les pays d'origine changent et que les conditions de vie et l'âge des adoptés varient (p. ex. l'adoption d'un nourrisson de la Corée du Sud placé en famille d'accueil ou de très jeunes enfants confiés à des orphelinats chinois ne peut être comparée à l'adoption des enfants roumains plus vieux dont il est question dans les études à long terme). Des études plus récentes ont révélé une augmentation modérée du risque de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (27) ainsi qu'une incidence accrue des troubles du fonctionnement exécutif et du traitement sensoriel chez les enfants adoptés, comparativement aux enfants n'ayant pas été adoptés (28).

Le placement en établissement peut être associé à de nombreux risques, notamment le manque de soins ou l'administration de soins médicaux inappropriés (sédatifs, injections multiples pour « stimuler le système immunitaire »), la malnutrition (menant à des déficiences en micronutriments), la négligence, et l'exposition aux infections, etc. Les retards de croissance sont courants chez les enfants placés en établissement. De 35 à 50 % de ces enfants se situent en deçà du 5e centile pour la taille, le poids et la circonférence de la tête (29-31). Les retards de croissance linéaire dans les établissements sont directement proportionnels à la durée du séjour (20). Ces données sont constantes dans les nombreuses études réalisées dans différents pays, ce qui permet d'affirmer qu'un enfant perd un mois de croissance tous les trois mois passés dans un établissement (18;20;21). Même si le rattrapage de la croissance est courant, on ne connaît pas le pronostic à long terme des enfants qui ne parviennent pas à se développer, surtout ceux qui présentent une microcéphalie. Des retards importants dans toutes les sphères du développement sont courants chez les enfants élevés dans le milieu particulier que sont les orphelinats. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de ces retards, notamment le faible ratio employés/enfants, le fait que les jouets soient seulement exposés et non utilisés par les enfants et le manque de stimulation des jeunes enfants (3). Souvent, grâce à une attention et à une stimulation appropriées après l'adoption, les enfants font des gains importants sur le plan du développement.

Quelques petites études menées dans des populations sélectionnées ont révélé une diminution du quotient intellectuel (QI) chez les enfants placés en établissement (26). Selon ces études, l'âge au moment de l'adoption et les affections concomitantes étaient des facteurs prédictifs du QI. Les données provenant du seul essai contrôlé randomisé sur l'adoption internationale laissent croire que les enfants placés en famille d'accueil dès le premier âge ont un QI plus élevé que les enfants élevés en établissement (1). À Bucarest, en Roumanie, 136 enfants ont été randomisés soit dans des familles d'accueil, soit dans des établissements. Les témoins étaient des enfants élevés par leur famille biologique dans le grand Bucarest. L'âge moyen à la randomisation était de 21 mois, et tous les enfants ont été soumis à une évaluation psychologique à 30, 42 et 54 mois. Les résultats cognitifs des enfants placés en établissement étaient nettement inférieurs à ceux des enfants en famille d'accueil ou n'ayant jamais vécu en établissement. Les meilleurs résultats ont été constatés chez les enfants qui avaient été placés en famille d'accueil à un plus jeune âge, ce qui laisse entendre que le jeune âge correspond à une période sensible du développement.

Une étude portant sur des enfants guatémaltèques adoptés aux États-Unis montre également que le placement en famille d'accueil (par rapport à l'orphelinat) a un effet protecteur sur les capacités cognitives et la croissance (25). Une méta-analyse récente sur l'adoption, les problèmes de comportement et les patients dirigés vers les services de santé mentale de 1950 à 2005 a révélé une petite augmentation de l'ampleur de l'effet relativement aux problèmes de comportement chez les personnes adoptées à l'étranger par rapport aux témoins non adoptés (32). Toutefois, on a constaté moins de problèmes de comportement chez les personnes adoptées à l'étranger que chez les personnes

adoptées dans leur propre pays. En outre, les personnes adoptées à l'étranger étaient moins souvent aiguillées vers des services de santé mentale que les personnes adoptées dans leur propre pays (32). Le biais de sélection, le biais d'aiguillage et les populations hétérogènes étudiées limitent la généralisabilité des résultats à l'ensemble des adoptions internationales, mais certaines observations donnent à penser qu'il ne s'agit pas là de problèmes nécessairement importants s'appliquant à tous les enfants adoptés à l'étranger.

Lorsqu'on offre des conseils aux parents potentiels sur les maladies infectieuses, il est important que ceux-ci sachent que l'endémicité et les facteurs de risque associés aux infections varient d'un pays à l'autre, et que bon nombre de ces maladies n'entraînent pas de symptômes. Les maladies infectieuses diagnostiquées après l'adoption chez les enfants adoptés à l'étranger ont été décrites dans une série de cas (21-23) : 2 à 20 % des enfants adoptés étaient atteints d'hépatite B aiguë ou chronique, 1 %, d'hépatite A aiguë (33), 3 à 19 %, d'infection tuberculeuse, et 7 à 51 %, de parasitose gastro-intestinale (24;34). Ces études font aussi état d'autres infections telles que la syphilis et l'hépatite C. Les écarts importants dans la proportion d'enfants adoptés qui sont aux prises avec des infections témoignent du fait que les populations varient en fonction de divers facteurs, notamment la région, la période et le placement en établissement. Par le passé, il semble que la majorité des problèmes de santé observés chez les enfants adoptés à l'étranger étaient détectés grâce à des examens médicaux effectués à leur arrivée au Canada. La norme des soins pour l'évaluation médicale après adoption consiste donc à soumettre tous les enfants à des tests de dépistage (voir l'annexe 1 sur le dépistage après l'adoption).

Beaucoup de praticiens peuvent se sentir obligés ou se faire demander expressément de décider si l'enfant devrait être adopté; il leur faut cependant résister à la pression de répondre à cette question. Il faut plutôt reconnaître universellement que chaque enfant adopté à l'étranger est un enfant ayant des besoins particuliers, qu'il n'y a pas d'enfant « normal » et que le processus devrait être axé sur l'évaluation des risques. Ce qui serait plus profitable pour les parents potentiels, ce serait une estimation qualitative des risques, d'élevés à faibles. Les situations à haut risque comprendraient notamment ce qui suit : expositions prénatales à risque élevé (usage de drogues, infection, etc.), problèmes de développement majeurs, maladies graves, microcéphalie disproportionnée par rapport à d'autres paramètres de croissance et signes physiques caractéristiques du syndrome d'alcoolisation fœtale. Au Canada, il existe un petit groupe de spécialistes en médecine de l'adoption internationale qui peuvent être consultés au besoin avant l'adoption.

Voyage et transition

La plupart des familles se rendent dans le pays d'origine de l'enfant. Il est impératif que tous les parents potentiels demandent une consultation et une évaluation médicale avant leur départ. Le site Web de l'ASPC (http://www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/travel/clinic-fra.php) fournit une liste sommaire des cliniques santé-voyage au Canada et des conseils de santé aux voyageurs sur les événements qui pourraient représenter un risque pour la santé des familles pendant leur voyage. Comme point de départ, les voyageurs et les membres de leur famille qui restent au pays doivent s'assurer d'avoir reçu leur série complète de vaccins (diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, rougeole, oreillons, rubéole) de même que les injections de rappel contre la diphtérie et le tétanos. Étant donné qu'il existe des cas de transmission de l'hépatite A et de l'hépatite B par des enfants nouvellement adoptés, les vaccins contre ces maladies sont fortement recommandés pour les membres de la famille, ainsi que pour tous les frères et sœurs de l'enfant et ses autres gardiens (14;35). Les spécialistes en médecine des voyages peuvent également recommander le vaccin contre la typhoïde ou d'autres vaccins, ainsi qu'une chimioprophylaxie du paludisme selon la région visitée. Il faut rappeler à tous les voyageurs les conseils d'hygiène de base (aliments, eau, hygiène) et de sécurité personnelle à l'étranger.

Comme pour n'importe quel voyage à l'étranger avec des enfants, il est important de bien se préparer et d'avoir une trousse sanitaire de voyage adaptée aux besoins de l'enfant. Les agences d'adoption internationale incluent souvent dans leurs recommandations avant le départ une liste d'articles à emporter. L'annexe 2 fournit une liste des articles que pourrait contenir une trousse de base.

Pour les parents, la durée du voyage varie de quelques jours à plusieurs semaines ou même quelques mois. Des retards peuvent survenir à l'étranger; les parents doivent donc se tenir prêts en apportant divers articles, par exemple une quantité suffisante de médicaments contre le paludisme pour eux-mêmes. Parfois, les parents doivent effectuer plus d'un voyage. Cette période peut être très stressante en raison des barrières linguistiques possibles et de la rencontre d'un enfant qui n'a connu que la vie en établissement. Les conseils prodigués d'avance par l'agence d'adoption internationale et le médecin aident les familles à comprendre ce à quoi elles peuvent s'attendre en ce qui concerne les liens d'attachement, les comportements en établissement et l'alimentation.

À cette étape, beaucoup de parents potentiels doivent décider s'ils acceptent d'adopter l'enfant. Ce choix se fait habituellement sans que l'enfant n'ait subi d'examen médical fiable et récent. Le soutien et l'expertise d'une agence d'adoption internationale et d'un médecin bien informé sont donc cruciaux à ce moment pour permettre aux familles de faire un choix éclairé. L'examen médical aux fins de l'immigration (EMI) de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) est seulement obligatoire si les parents ont opté pour le processus d'immigration. Cet examen n'est pas obligatoire si l'adoption s'effectue dans le cadre du processus de citoyenneté.

On croit souvent, à tort, que l'EMI est un outil qui aide les parents potentiels à prendre une décision. Même s'il est possible d'en tirer des renseignements importants, cet examen a plutôt pour objectif de déterminer si l'enfant peut être admis au Canada. Dans le cas d'un enfant adopté, l'examen vise principalement à déterminer s'il représente un risque pour la sécurité ou la santé publique. Pour les enfants de moins de cinq ans, l'EMI consiste seulement en une vérification des antécédents médicaux et en un examen physique, et n'exige aucun test en laboratoire.

Qu'un EMI soit nécessaire ou non, il est fortement recommandé que tous les enfants soient vus par un médecin local de confiance pour subir un examen médical complet et pour que les tests de laboratoire indiqués soient réalisés, afin que les parents potentiels disposent de renseignements médicaux à jour et leur permettant de prendre une décision éclairée.

Les familles devraient demander conseil à leur agence d'adoption afin de trouver un médecin compétent. Il arrive parfois que le médecin désigné par CIC soit en mesure d'effectuer l'examen nécessaire, à l'extérieur du processus d'immigration. Dans de rares cas, la découverte de problèmes de santé importants peut amener les parents à refuser l'adoption à cette étape-ci.

Évaluation médicale après l'adoption

Évaluation initiale

Idéalement, l'enfant devrait subir une évaluation médicale deux ou trois semaines après son arrivée au Canada. Les parents devraient savoir que, malgré l'existence d'un dossier créé avant l'adoption, il peut être nécessaire de répéter au Canada les examens effectués à l'étranger. Voici les composantes de l'évaluation initiale : évaluation des renseignements médicaux avant et après l'adoption (y compris les dossiers de vaccination), examen physique complet (l'accent étant mis sur les dysmorphies, les syndromes, la plagiocéphalie [forme crânienne anormale] et les signes d'une exposition prénatale à des drogues ou à l'alcool, le rachitisme, la gale ou les poux), tests de dépistage (annexe 1), évaluation de la croissance et du développement et détermination d'une démarche de vaccination). La présence d'une microcéphalie absolue ou relative est un signe préoccupant. Une évaluation de l'exposition aux infections ou aux toxines (p. ex. l'alcool) et des anomalies physiques peut être indiquée.

Bien souvent, les dossiers de vaccination des adoptés originaires d'autres pays que le Canada ne correspondent pas au calendrier de vaccination recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) (36). Des études publiées aux résultats contradictoires ont comparé les dossiers de vaccination et les titres d'anticorps protecteurs. Une étude menée en 1998 a révélé que seulement 12 % de 17 adoptés qui avaient reçu les vaccins DCT dans des

orphelinats de la Chine, de la Russie ou de l'Europe de l'Est étaient protégés contre la diphtérie et le tétanos (37). Cette même étude a révélé que 78 % de ceux qui vivaient dans une famille d'accueil avant d'être confiés à un orphelinat (9 adoptés) étaient protégés contre la diphtérie et le tétanos. Selon des études menées plus récemment dans divers pays, entre 50 et 95 % des enfants adoptés dont le dossier de vaccination indique qu'ils ont reçu une série complète de vaccins seraient immunisés (38;39). Ces résultats pourraient s'expliquer par une documentation inexacte, une mauvaise technique d'administration, l'utilisation d'un vaccin expiré ou inefficace à cause d'une rupture de la chaîne du froid ou des facteurs propres à l'hôte. Une étude sur la réponse vaccinale n'a révélé aucun lien entre l'état de santé et l'état nutritionnel de l'enfant (40).

La recommandation actuelle concernant les enfants adoptés à l'étranger consiste à administrer à nouveau tous les vaccins dans les cas où le dossier de vaccination est inexistant ou peu fiable (6). Si le dossier existe, le clinicien et la famille doivent mesurer les risques et les avantages d'une vaccination dirigée fondée sur des tests d'immunité choisis (il n'existe pas de tests sérologiques pour toutes les maladies évitables par la vaccination) par rapport à une répétition de l'ensemble des vaccins. Le Guide canadien d'immunisation (7e édition) constitue un bon outil de référence pour aider les cliniciens à établir un calendrier de vaccination de rattrapage (le Guide comprend notamment des liens vers les calendriers provinciaux) (41). Le risque d'une réaction à une vaccination répétée concerne surtout le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Dans le cas des enfants ayant reçu une série primaire complète et commencé une autre série primaire, jusqu'à 20 à 25 % d'entre eux auront une réaction de douleur locale, d'enflure, d'érythème et d'irritabilité. Aucun syndrome neurologique ou pouvant causer la mort n'a été observé.

Les tests de dépistage requis pour l'évaluation médicale initiale d'un enfant adopté à l'étranger sont indiqués à l'annexe 1. Compte tenu de la fréquence des cas d'infestation parasitaire, il est recommandé de procéder à une recherche d'œufs et de parasites dans les selles chez tous les enfants (5). En plus des tests sérologiques de base et du test de Mantoux, les experts suggèrent de répéter les tests de dépistage de la tuberculose, du VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C après six mois parce qu'il est possible que l'infection ait été contractée juste avant l'adoption et que le test effectué pendant la période d'incubation ait donné de faux résultats négatifs. Étant donné que les tests de dépistage de la tuberculose peuvent être complexes et prêter à confusion, il convient d'examiner le sujet plus en profondeur.

- Voici ce que disent les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse (6e édition, 2007) (42) à propos du dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL) :
  - Le dépistage ciblé de l'ITL peut être envisagé dans le cas des groupes chez qui la prévalence de l'infection est élevée et le risque d'événements indésirables à la suite d'un traitement est faible (p. ex. les enfants immigrants originaires de pays ayant un fardeau élevé de tuberculose).
- Beaucoup d'enfants sont issus de régions où l'endémicité de la tuberculose est élevée et obtiennent un résultat positif au test de dépistage, les taux d'infection pouvant atteindre 20 % (24;34). Compte tenu de la probabilité accrue de maladie grave, un enfant de moins de cinq ans qui a été en contact avec un cas connu de tuberculose pulmonaire active devrait commencer un traitement par l'isoniazide en attendant le résultat du test cutané à la tuberculine administré après deux mois. S'il n'est pas immunodéprimé (y compris l'absence d'une infection à VIH) et s'il n'a pas eu de contact avec un cas connu de tuberculose pulmonaire, une induration de 10 millimètres ou plus est considérée comme un résultat positif au test de Mantoux. Cette interprétation ne doit pas tenir compte de l'administration du vaccin BCG (bacille de Calmette-Guérin). Un résultat positif devrait amener le clinicien à exclure la maladie (interrogatoire, examen physique, radiographie pulmonaire). Un traitement par l'isoniazide d'une durée de neuf mois est indiqué dans le cas d'une infection tuberculeuse latente (42).
- Le test cutané à la tuberculine (test de Mantoux) devrait être utilisé pour le dépistage de l'ITL chez tous les enfants adoptés à l'étranger. Le test de

libération d'interféron-gamma (TLIG) pourrait jouer un rôle dans la confirmation des résultats (43).

En plus de ces examens, il pourrait être pertinent d'administrer d'autres tests de dépistage de maladies infectieuses aux enfants asymptomatiques provenant de certaines régions, car ils pourraient avoir été exposés à des infections endémiques, par exemple à la strongyloïdose ou à la schistosomiase. L'éosinophilie s'est révélée un facteur prédictif inadéquat de ce type d'infections (44). Par conséquent, on pourrait envisager d'administrer des tests de dépistage d'organismes spécifiques en se basant sur les études et les recommandations visant d'autres populations d'immigrants et de réfugiés (45). Dans le cas d'un enfant adopté présentant des symptômes, d'autres considérations relatives aux maladies infectieuses (par exemple le paludisme chez un enfant fébrile provenant d'une région où la maladie est endémique) pourraient devoir être prises en compte. Il pourrait alors être recommandé de consulter un spécialiste des maladies infectieuses ou de la médecine tropicale. Il pourrait également être indiqué de procéder systématiquement au dépistage des maladies non infectieuses afin de détecter une hypothyroïdie d'origine alimentaire (21) ou un rachitisme (dosage du calcium, du phosphate, des phosphatases alcalines; aucune référence à l'absorption intestinale); de procéder à un test de dépistage des troubles de l'ouïe afin de détecter une surdité congénitale asymptomatique (21); de faire une analyse d'urine afin de détecter une hématurie microscopique pouvant être attribuée à une exposition à la mélamine ou à d'autres causes (46); de mesurer la concentration de plomb et de protoporphyrine-zinc dans le sang (47); d'effectuer un dosage des électrolytes et d'analyser la fonction rénale afin de détecter une insuffisance rénale; de mesurer les taux d'enzymes hépatiques (AST) afin de détecter une hépatite; d'obtenir une formule sanguine complète avec formule leucocytaire afin de mesurer l'hémoglobine et de détecter la présence possible d'une infection parasitaire avec éosinophilie; d'effectuer une électrophorèse de l'hémoglobine en présence d'une anémie microcytaire afin de détecter une thalassémie ou un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase, un déficit enzymatique plus courant chez les groupes ethniques d'Asie (48).

Le premier examen médical effectué au Canada peut s'avérer une expérience effrayante pour l'enfant adopté qui se retrouve dans un environnement étranger. Ses comportements à la clinique peuvent ne pas correspondre à ceux observés par les parents à la maison. Il est important de poser des questions sur les comportements répétitifs ou auto-apaisants qu'un enfant aurait pu développer à la suite d'un placement en établissement. Ces comportements s'estompent souvent au fil du temps. Les renseignements concernant les signes de carence affective et d'attachement insécure devraient être recueillis. Il s'agit notamment d'un contact visuel rare, d'une difficulté à entrer en contact avec les adultes, d'une difficulté à accepter les contacts physiques, d'un comportement indiscriminé avec les étrangers ou d'hyperactivité. Il convient de réaliser un dépistage du développement de référence, à l'aide d'un outil comme le test de Denver II, composé de jalons pour les sphères de la motricité grossière, la motricité fine, le langage et la sphère personnelle-sociale, et de noter les retards. Il faut se rappeler que de nombreux supposés problèmes de développement et de comportement concernant les enfants adoptés sont, en réalité, des variations dans les étapes du développement normal qui peuvent survenir dans n'importe quelle population. Comme c'est le cas lors de l'arrivée d'un nouveau frère ou d'une nouvelle sœur, les enfants de la famille peuvent également manifester des comportements d'ajustement, comme la jalousie, qui devraient se dissiper avec le temps et le réconfort des parents.

Les parents d'enfants adoptés vivent une situation unique : ils deviennent « instantanément » parents en ce sens qu'ils n'ont pas connu leur enfant depuis sa naissance. Par conséquent, le clinicien doit fournir d'avance des conseils sur des problèmes particuliers à l'enfance de façon à bien préparer les parents. Les troubles du sommeil sont très courants durant la période de transition, les enfants placés en établissement pouvant se montrer réticents à dormir seuls ou dans un lit pour enfant. On devrait retarder l'application des méthodes classiques d'apprentissage du sommeil jusqu'au moment où l'attachement sécure aura été établi (49). La période des repas peut aussi être une source de stress. Comme beaucoup de pays d'origine ne souscrivent pas aux normes occidentales en ce qui concerne la composition des préparations pour nourrissons ou le moment de l'introduction d'aliments solides, la plupart des enfants qui arrivent ici éprouvent certaines difficultés à s'alimenter, qu'il s'agisse d'une aversion pour les biberons ou d'une mauvaise coordination oro-motrice menant à une aversion pour les aliments solides

(49). Il faut offrir aux parents des stratégies d'alimentation, de même que des mots d'encouragement pour leur faire savoir que ces situations vont également s'améliorer avec du temps et des efforts. Parmi les autres sujets importants à aborder, mentionnons : une alimentation équilibrée, les mesures pour rendre le foyer plus sécuritaire pour les enfants, un environnement sans tabac, des options de garde d'enfants, la sécurité au volant (siège d'auto), les soins dentaires, l'éducation parentale positive, la discipline, des comportements favorisant une bonne santé et les questions d'identité culturelle (50). Comme les parents pourraient être confrontés à des difficultés d'attachement et à des facteurs de stress imprévus, on peut les encourager à prolonger leur congé parental, si cela est possible. On a également constaté des taux de dépression post-adoption similaires aux taux de dépression postpartum (51). Les deux parents devraient être informés des signes et des symptômes indiquant la nécessité de demander des soins de santé mentale.

Soins longitudinaux

Une fois l'évaluation initiale terminée, le fournisseur de soins de santé devrait exercer un suivi en procédant à une évaluation approfondie de toute affection diagnostique et de tout résultat positif aux tests de dépistage. Un traitement pharmacologique adéquat ou des consultations auprès de spécialistes devraient être amorcés dans les plus brefs délais. Étant donné que beaucoup d'enfants nouvellement adoptés présentent des retards de développement et de croissance, il serait indiqué de faire rapidement une visite de rappel auprès du fournisseur de soins de santé pour surveiller la prise de poids et l'atteinte des jalons du développement.

Une bonne nutrition est essentielle à la croissance et au bien-être de chaque enfant. Si les aliments solides, les saveurs nouvelles, les textures ou une mauvaise coordination oro-motrice empêchent l'enfant de prendre du poids normalement, une intervention précoce de la part d'un ergothérapeute ou d'un nutritionniste permettra alors d'optimiser les possibilités de croissance. Une supplémentation en multivitamines renfermant notamment de la vitamine D et une préparation pour nourrissons jusqu'à l'âge de deux ans peuvent être nécessaires pour les enfants malnutris ou de faible poids.

Les retards de développement dans plusieurs sphères sont courants chez les enfants placés en établissement. L'utilisation du même outil d'évaluation du développement à chaque visite (p. ex. le test de Denver II) permet de suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des jalons. Grâce à un environnement stimulant, on constate souvent des gains rapides, réalisés d'abord dans le développement de la motricité grossière et de la motricité fine (52). Le développement du langage peut être la dernière sphère où l'on observe des améliorations concrètes (53). Si des anomalies de la motricité grossière deviennent évidentes au fil du temps et après plusieurs consultations, il serait prudent d'adresser rapidement l'enfant à un physiothérapeute. De même, les retards au chapitre de la motricité fine peuvent être examinés par un ergothérapeute, et les retards d'élocution et de langage devraient être évalués par un audiologiste et un orthophoniste. Dans le cas d'un diagnostic de retard général du développement qui englobe plusieurs sphères, ou dans le cas où l'on soupçonne des anomalies complexes de la communication ou encore de l'autisme, l'enfant devrait être évalué et suivi sur une longue période par un pédiatre spécialisé en développement.

Pour une famille, l'adoption est une démarche qui dure toute la vie, et les parents doivent être conscients que des problèmes peuvent surgir à différents stades du développement après l'enfance (54). Par exemple, les problèmes peuvent apparaître en milieu scolaire, ce qui pourrait justifier la réalisation de tests psychoéducatifs. Dans les cas graves, où les comportements préoccupants subsistent au-delà de la première année d'ajustement à un nouveau milieu, il peut être nécessaire de consulter un psychologue du comportement. Les cas de détachement émotif persistant qui témoignent d'un attachement insécure devraient être adressés à un psychologue qui connaît bien la théorie de l'attachement.

L'attachement a été surtout étudié chez les enfants roumains, une population qui a subi les pires conditions de privation en établissement. On a pu déterminer qu'une corrélation linéaire existait entre le temps passé dans un établissement et le trouble de l'attachement. Toutefois, même dans une population homogène, on a observé une importante hétérogénéité des résultats (55). À l'heure actuelle, le clinicien ne dispose d'aucun outil validé cliniquement pour dépister les troubles de l'attachement. Un questionnaire

subjectif portant sur certains problèmes (par exemple, l'absence de différenciation entre les adultes, une indication que l'enfant n'hésiterait pas à partir avec un étranger et des indications que l'enfant montre une absence de rétroaction vis-à-vis du parent lors de situations nouvelles ou anxiogènes) peut fournir une indication que l'enfant a besoin d'une évaluation approfondie par un professionnel de la santé mentale.

Problèmes d'ordre financier

Les parents potentiels amorcent le processus d'adoption internationale en contactant une agence d'adoption autorisée ou un facilitateur indépendant. Comme il a déjà été mentionné, le processus complet, y compris l'étude du milieu familial effectuée par un travailleur social, les frais d'administration, les documents et le voyage à l'étranger, coûtera des dizaines de milliers de dollars. Les dépenses ne s'arrêtent pas là. L'examen et l'évaluation médicale de l'enfant avant l'adoption ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, mais sont obligatoires pour finaliser l'adoption. Les autres frais auxquels les parents potentiels doivent s'attendre sont notamment les frais des évaluations cliniques avant le voyage, qui ne sont pas non plus couverts par la plupart des régimes d'assurance-maladie, et tous les vaccins nécessaires qui sont recommandés avant de partir à l'étranger.

Dans l'ensemble, les parents sont généralement satisfaits de leur expérience de l'adoption internationale. Bon nombre d'entre eux décident même d'adopter d'autres enfants plus tard en vue d'élargir leur famille. Dans le cadre d'une étude réalisée au Minnesota, le Minnesota International Adoption Project, les familles de 2 300 enfants adoptés à l'étranger ont été sondées sur plusieurs sujets (56). Même si l'accent est souvent mis sur les problèmes, une proportion importante d'enfants avaient reçu des récompenses pour leurs réalisations scolaires, artistiques et sportives. L'aspect le plus révélateur, c'est le fait que 98 % des parents recommanderaient l'adoption internationale à d'autres parents potentiels. En général, malgré les coûts financiers, les problèmes médicaux et le tourbillon d'émotions associés à l'adoption d'un enfant à l'étranger, les nouveaux parents sont portés par un sentiment profond d'amour, de contentement et de satisfaction d'avoir choisi l'adoption internationale.

Ressources et liens

Citoyenneté et Immigration Canada — L'adoption internationale et le processus d'immigration
http://www.cic.gc.ca/francais/immigrer/adoption/index.asp

Ressources humaines et Développement des compétences Canada — Services à l'adoption internationale
http://www.rhdcc.gc.ca/fra/partenariats_communautaires/adoption_internationale/index.shtml

Liens vers des sites sur l'adoption (non seulement internationale — en anglais)
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/adoption.html

Joint Council on International Children's Services (en anglais)
http://www.jcics.org/

Conseil d'adoption du Canada
www.adoption.ca

Conseil d'adoption de l'Ontario
http://www.adoptontario.ca/

American Academy of Pediatrics (AAP) - section sur l'adoption (en anglais)
http://www.aap.org/sections/adoption/default.htm

Convention de La Haye sur l'adoption internationale
http://hcch.e-vision.nl/index_fr.php?act=conventions.text&cid=69

Site Web pour les parents de la Société canadienne de pédiatrie — Soins de nos enfants, L'adoption internationale : Des questions de santé pour les familles
http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/corpsensante/intladoption.htm

Recommandations

Tableau 1 : Fermeté et qualité des preuves — tableau récapitulatif*

Catégories relatives à la fermeté de chaque recommandation	
CATÉGORIE	**DÉFINITION**
A	Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation.
B	Preuves acceptables pour recommander l'utilisation.
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation.
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'utilisation.
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'utilisation.
Catégories relatives à la qualité des preuves sur lesquelles reposent les recommandations	
CLASSE	**DÉFINITION**
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou de résultats spectaculaires d'expériences non comparatives.
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine et reposant sur l'expérience clinique, des études descriptives ou des rapports de comités d'experts.

De : CCMTMV. Une approche de la médecine fondée sur les preuves. RMTC 1994; 20:145-47.
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/94pdf/cdr2017.pdf

Recommandations	Catégorie MFP
Les parents potentiels devraient, avant l'adoption, s'adresser à un médecin qui possède de l'expérience dans l'adoption internationale afin d'obtenir des conseils d'ordre médical.	B III
Les parents potentiels devraient demander une consultation médicale avant de partir à l'étranger.	BII
Les parents potentiels, les frères et sœurs et les autres gardiens de l'enfant devraient s'assurer qu'ils sont vaccinés contre l'hépatite A et B, et que leurs immunisations sont à jour.	BII
L'enfant adopté à l'étranger devrait subir une évaluation médicale à son arrivée au Canada. Cette évaluation devrait comprendre :	
• des tests de dépistage (voir l'annexe 2);	BII et BIII
• une évaluation de la croissance et du développement;	BIII
• une évaluation du dossier de vaccination — celui-ci ne devrait être accepté qu'après une vérification rigoureuse;	DII
• une évaluation des liens d'attachement.	BIII

Annexe 1 – Tests de dépistage après l'adoption

(La preuve est une opinion d'expert [BIII] à moins d'avis contraire)

Agents non infectieux	Agents infectieux
• Thyroïde — TSH • Rachitisme — calcium, phosphate, phosphatases alcalines • Dépistage des troubles de l'ouïe • Analyse d'urine • Plomb — concentration de plomb et de protoporphyrine-zinc dans le sang (BII) • Dosage des électrolytes — Na, K, glucose • Exploration de la fonction rénale — créatinine, urée • Exploration de la fonction hépatique — AST • Formule sanguine complète — avec formule leucocytaire • Électrophorèse de l'hémoglobine (tout enfant atteint d'anémie microcytaire) • G-6-PD (groupe ethnique asiatique)	• Détection sérologique de Strongyloides et de Schistosoma (BII) • Sérologie de détection du VIH* • Sérologie de détection de l'hépatite A (IgM contre l'hépatite A [infection aiguë] et IgG [immunité] contre l'hépatite A) (BII) • Détection sérologique des hépatites B* et C* (BII) (antigène de surface de l'hépatite B et anticorps de surface de l'hépatite B) • Test de Mantoux (voir Évaluation médicale après l'adoption)* (BII) • Recherche de parasites dans les selles (œufs et parasites) x 3 (BII) • VDRL/RPR (test de dépistage de la syphilis)

* répéter le test dans six mois

Annexe 2–Trousse de voyage (preuve BIII)

Articles médicaux	Articles non médicaux
• Antibactérien topique (peau, yeux) • Antifongique topique (bouche, peau) • Corticostéroïde topique • Scabicide (perméthrine) • Gouttes nasales salines • Seringues et aiguilles avec lettre d'un médecin expliquant qu'elles sont destinées à un usage médical • Seringue/cuillère à médicaments • Thermomètre • Antipyrétique/analgésique • Solution orale de réhydratation • Antihistaminique • Antiémétique • Vitamines • Pansements adhésifs • Ressources pour localiser les établissements de soins de santé	• Préparation pour nourrissons (sans lactose) • Bouteilles • Dispositif pour faire bouillir l'eau • Aliments pour nourrissons/enfants • Désinfectant pour les mains • Vêtements pour nourrissons/enfants • Couvertures • Jouets et livres • Couches • Lingettes humides • Oxyde de zinc/crème protectrice • Vaseline ou hydratant • Insectifuge (voir la Déclaration relative aux mesures de protection individuelle pour prévenir les piqûres ou morsures d'arthropodes1) • Écran solaire • Shampoing pour bébés • Savon • Brosse à dents et dentifrice

Références

1. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest early intervention project. Science 2007;318(5858):1937-40.
2. Miller LC. The handbook of international adoption medicine: a guide for physicians, parents, and providers. New York: Oxford University Press; 2005.
3. Bledsoe JM, Johnston BD. Preparing families for international adoption. Pediatr Rev 2004;25(7):242-50.
4. International Adoption. Pediatr Clin North Am 2005;52(5):1221-532.
5. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. Clin Infect Dis 2005;40:286-93.
6. Committee on Infectious Diseases. Red book: 2003 report of the committee on infectious diseases. Elk Grove Village, USA: American Academy of Pediatrics; 2006.
7. Citizenship and Immigration Canada. International adoption. http://www.cic.gc.ca/english/immigrate/adoption/index.asp 2010
8. Adoption Council of Canada. 2008 International Adoption Statistics. Citizenship and Immigration Canada 2009 [cited 20100 Sep 24];Available from: URL: http://www.adoption.ca/2008%20International%20Adoption%20Stats.htm
9. Convention on protection of children and co-operation in respect of intercountry adoptions. Hague Conference on Private International Law 1993 [cited 2010 Oct 5];Available from: URL: http://hcch.e-vision.nl/index_en.php?act=conventions.text&cid=69
10. Kuruvila E. Bill C-14: An Act to amend the Citizenship Act (adoption). 2006. Report No.: LS-528E.
11. Curtis AB, Ridzon R, Vogel BS, McDonough S, Hargreaves DO, Ferry J, et al. Extensive transmission of mycobacterium tuberculosis from a child. N Engl J Med 2010;341(20):1491-5.
12. Wilson ME, Kimble J. Posttravel hepatitis A: probable acquisition from an asymptomatic adopted child. Clin Infect Dis 2001;33(7):1083-5.
13. Advisory Committee on Immunization Practices. Updated Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for Use of Hepatitis A Vaccine in Close Contacts of Newly Arriving International Adoptees. MMWR 20090 Sep 18;58(36):1006-7.
14. Vernon TM, Wright RA, Kohler PF, Deborah AM. Hepatitis A and B in the family unit: nonparenteral transmission by asymptomatic children. JAMA 1976;235(26):2829-31.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pertussis in an infant adopted from Russia-May 2002. MMWR 2002;51(18):394-5.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update: multistate investigation of measles among adoptees from China. MMWR 2004;53(14):323-4.
17. The Center for Adoption Medicine. Glossary of Russian medical terms. http://www.adoptmed.org/topics/glossary-of-russian-medical-terms.html 2006 [cited 2010 May 11];
18. Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC. Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe: comparison with preadoptive medical records. JAMA 1997;278(11):922-4.
19. Hostetter ML, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. N Engl J Med 1991;325(7):479-85.
20. Johnson DE, Miller LC, Iverson S, Thomas W, Franchino B, Dole K, et al. The health of children adopted from Romania. JAMA 1992;268(24):3446-51.
21. Miller LC, Hendrie NW. Health of children adopted from China. Pediatrics 2000;105(6):e76.

22. Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gomez-Duarte C, San Gabriel P, Alonso M, et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. Pediatrics 2000;108(3):608-12.

23. Staat MA. Infectious disease issues in internationally adopted children. Pediatr Infect Dis J 2002;21(3):257-8.

24. Mandalakas AM, Kirchner HL, Iverson S, Chesney M, Spencer MJ, Sidler A, et al. Predictors of Mycobacterium tuberculosis infection in international adoptees. Pediatrics 2007;120(3):e610-6.

25. Miller L, Chan W, Comfort K, Tirella L. Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. Pediatrics 2005;115:e710-7.

26. Rutter M, O'Connor G, the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team Institute of Psychiatry. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. Dev Psychol 2004;40(1):81-94.

27. Lindblad F, Weitoft GR, Hjern A. ADHD in international adoptees: a national cohort study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009;19(1):37-44.

28. Jacobs E, Miller LC, Tirella LG. Developmental and behavioral performance of internationally adopted preschoolers: a pilot study. Child Psychiatry Hum Dev 2010;41(1):15-29.

29. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149(1):40-4.

30. Pomerleau A, Malcuit G, Chicoine J-F, Seguin R, Belhumeur C, Germain P, et al. Health status, cognitive and motor development of young children adopted from China, East Asia and Russia across the first six months after adoption. Int J Behav Dev 2005;29(5):445-57.

31. Cohen NJ, Lojkasek M, Zadeh ZY, Puglieses M, Kiefer H, Hincks-Dellcrest Centre, et al. Children adopted from China: a prospective study of their growth and development. J Child Psych and Psych 2008;49(4):458-68.

32. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees: A Meta-analysis. JAMA 2005;293(20):2501-15.

33. Abdulla RY, Rice MA, Donauer S, Hicks KR, PD, SM. Hepatitis A in Internationally Adopted Children: Screening for Acute and Previous Infections. Pediatrics 2010;126(5):1039-44.

34. Chen LH, Barnett ED, Wildon ME. Preventing infectious diseases during and after international adoption. Ann Intern Med 2003;139(5):371-8.

35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for use of hepatitis A vaccine in close contacts of newly arriving international adoptees. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009;58(36):1006-7.

36. National Advisory Committee on Immunization. Recommended Immunization Schedules. Canadian Immunization Guide. 7th ed. Public Health Agency of Canada; 2006. p. 93-146.

37. Hostetter MK, Johnson DJ. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe [abstract]. Pediatr Res 1998;43:147.

38. Verla-Tebit E, Zhu X, Holsinger E, Mandalakas AM. Predictive value of immunization records and risk factors for immunization failure in internationally adopted children. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163(5):473-9.

39. van Schaik R, Wolfs TF, Geelen SP. Improved general health of international adoptees, but immunization status still insufficient. Eur J Pediatr 2009;168(9):1101-9.

40. Miller LC. Immunization status of Internationally adopted children. Pediatrics 2001;108(4):1050-1.

41. National Advisory Committee on Immunization. Canadian Immunization Guide. Public Health Agency of Canada, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-eng.php 2006 [cited 2010 May 10];

42. Public Health Agency of Canada. Canadian tuberculosis standards, 6th ed. - 2007. Public Health Agency of Canada [online]. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbstand07-eng.php; 2007.

43. Pai M, Gardam M, Haldane D, Kitai I, Kunimoto D, Long R, et al. Updated recommendations on interferon gamma release assays for latent tuberculosis infection. Ottawa, On: Public Health Agency of Canada [online]. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/acs-6/index-eng.php; 2008.

44. Dawson-Hahn EE, Greenberg SLM, Domachowske JB, Olson BG. Eosinophilia and the Seroprevalence of Schistosomiasis and Strongyloidiasis in Newly Arrived Pediatric Refugees: An Examination of Centers for Disease Control and Prevention Screening Guidelines. J Pediatr 2010;156(6):1016-8.

45. Stauffer WM, Rothenberger M. Hearing Hoofbeats, Thinking Zebras: Five Diseases Common Among Refugees that Minnesota Physicians Need to Know About. Minn Med 2007;9(3):42-6.

46. Guan N, Gan Q, Ding J, Zhao Y, Lu J, Ai Y, et al. Melamine-contaminated powdered formula and urolithiasis in young children . N Engl J Med 2009;360:1067-74.

47. Centers for Disease Control and Prevention. Elevated Blood Lead Levels Among Internationally Adopted Children — United States, 1998. MMWR 2000;49(5):97-100.

48. Glader BE, Look KA. Hematologic Disorders in Children from Southeast Asia. Pediatric Clinics of North America 1996;43:665-81.

49. Schulte EE, Springer SH. Health care in the first year after international adoption. Pediatr Clin North Am 2005;52(5):1331-49.

50. Canadian Paediatric Society (CPS). Transracial adoption. J Paediatr Child Health 2006;11(7):443.

51. Senecky Y, Agassi H, Inbar D, Horesh N, Diamond G, Bergman YS, et al. Post-adoption depression among adoptive mothers. J Affect Disord 2009;115(1-2):62-8.

52. Miller LC. Initial assessment of growth, development, and the effects of institutionalization in internationally adopted children. Pediatr Ann 2000;29(4):224-32.

53. Glennen S, Masters MG. Typical and atypical language development in infants and toddlers adopted from Eastern Europe. Am J Speech Lang Pathol 2002;11(4):417-33.

54. Canadian Paediatric Society (CPS). Understanding development: a developmental approach. J Paediatr Child Health 2001;6(5):281-3.

55. Weitzman C, Albers L. Long-term developmental, behavioral, and attachment outcomes after international adoption. Pediatr Clin North Am 2005;52(5):1395-419.

56. Hellerstedt WL, Madsen NJ, Gunnar MR, Grotevant HD, Lee RM, Johnson DE. The international adoption project: population-based surveillance of Minnesota parents who adopted children internationally. Matern Child Health J 2008;12(2):162-71.